Aus der Chirurgischen Abteilung des Stadtkrankenhauses Görlitz.
Leitender Arzt: Dr. Oswald Hagedorn.

Nachprüfung der konservativen und operativen Maßnahmen bei Adnexerkrankungen.

Auszug
aus der Schrift zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde der Hohen Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich-Wilhelms-Universität Breslau

vorgelegt von

Hans Becker
in Görlitz.

Görlitz 1923
Druck von Wagenknecht & Endler, Görlitz.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Breslau. Referent: Professor Dr. Fraenkel.

Die Frage, ob man bei Adnexerkrankungen konservativ oder operativ behandeln soll, ist in der Literatur lebhaft umstritten worden. Ein von Herrn Chefarzt Dr. Hagedorn mir freundlichst zur Verfügung gestellter Fall, gab Veranlassung zur Bearbeitung dieses Themas. Es handelte sich um eine 24 jährige Patientin, die über starken Fluor-albus und Schmerzen im Unterleib klagte. Genitalbefund: Uterus retrovertiert, fixiert. Adnexe rechts o. B.; links großes, parametranes Infiltrat neben dem Uterus. Da sich trotz längerer Behandlung auf der Hautstation des Stadtkrankenhauses in Görlitz die Beschwerden nicht besserten, erfolgte am 6. 11. 1922 Verlegung auf die chirurgische Abteilung. Am 9. 11. 1922 Operation (Chefarzt Dr. Hagedorn). Beide Adnexe prall eitrig gefüllt und mit Umgebung verwachsen. Abtragen beider Tuben, Peritonealisieren des Stumpfes. 23. 11. 1922 Narbe fest, Allgemeinbefinden gut. Go-Abstrich aus Urethra und Cervix negativ. 27. 11. 1922 Narbe fest, kein Infiltrat, keine Schmerzen. Go bleibt negativ, Dieser einschlägige Fall beweist, daß nach Versagen aller konservativen Therapie bei Adnexerkrankungen die Operation indiziert ist, die schnelle Heilung und Go-Freiheit herbeiführt. Als konservative Maßnahmen bei go.-Adnexitiden sind die Serum- und Eiweißkörpertherapie, Injektionen von Collargol, Argochrom und Choleval, Einführung von Leuchtsonden nach Gauß zu nennen. Zur Allgemeinbehandlung dienen Diathermie, elektr. Licht- und Heißluftbäder, im akuten Stadium Bett- und Genitalruhe, im chronischen warme Sitzbäder, heiße Scheidenduschen, Prießnitzumschläge und Badekuren in Moor-, Stahl- und Solebadeorten. Ferner werden noch die Belastungstherapie, Scheidentamponade mit Jod, Glyzerin usw. angewandt. Bei der örtlichen Behandlung haben sich die Silbersalzlösungen wie Argentum nitricum, Protargol bewährt. Die Genitaltuberkulose wird konserv.-physik.-diätetisch und mit Heliotherapie, Quarzlampen und Röntgenbestrahlung behandelt. Lokal wendet man hydropathische Umschläge, Heißluft, Fangopackungen an, auch Tuberkulin und interne Mittel wie Kreosot, Lebertran sind mitunter erfolgreich. Bei Adnexentzündungen durch Staphylokokken und Streptokokken sind Ruhigstellung, warme Prießnitzumschläge, kleine Morphium- und Opiumdosen angebracht. Die konservative Therapie der Tubargravidität besteht in Applikation von Eisblase auf den Leib, Prießnitz-Umschägen, Thermophor-Umschlägen, warmen Sitz- und Glühlichtbädern. Wenn trotz längerer konservativer Behandlung die Be-

schwerden nicht nachlassen, so ist die Operation indiziert. Die Frage, ob man bei Adnexerkrankungen konservativ oder radikal, abdominal oder vaginal vorgehen soll, ist oft Gegenstand vieler Diskussionen gewesen. Die am wenigsten eingreifende konservative Operation ist die Punktion und Inzision, die meist vaginal mit Hilfe der colpotomia posterior vorgenommen wird. Dieser Eingriff wird heute nur selten und nur bei bestimmten Indikationen geübt. Eine weitere Operation ist die einseitige Entfernung der erkrankten Adnexe, die nur bei isolierter einseitiger Adnexentzündung gerechtfertigt ist. Der zurückgelassene Uterus ist oft perimetritisch oder metritisch verändert und dadurch die Quelle sekundärer Infektion der anderen Seite, auch treten häufig Stumpfexsudate auf. Deshalb ist auch bei leichten Veränderungen an den Adnexen der anderen Seite die Radikaloperation indiziert. Als konservative Maßnahme zur Behandlung der Unfruchtbarkeit ist die Salpingostomatoplastik zu nennen. Diese Operation soll nur bei jugendlichen Personen mit Aussicht auf Konzeption vorgenommen werden. Als weitere konservative Adnexoperation erwähne ich noch die transversale, fundale Keilexcision des Uterus mit Entfernung beider Tuben und des schwer veränderten Ovars, jedoch mit Erhaltung des anderen Ovars oder eines Teiles desselben. Der Erfolg dieser Operation wird vereitelt durch Auftreten von Stumpfexsudaten an den zurückgelassenen Genitalien. Auch können vom Uterus und Ovarium Infektion, Atrophie und Geschwulstbildung auftreten. Die abdominale Totalexstirpation übertrifft in ihrer Leistungsfähigkeit die konservativen, operativen Behandlungsmethoden bei weitem. Walthard berichtet über die Spätresultate der abdominalen Radikaloperation. Von 38 Frauen starb eine nach der Operation, 37 wurden geheilt entlassen; 27 Patienten in 1—7 Jahren nachuntersucht. Alle waren nach der Operation dauernd geheilt und arbeitsfähig, zeigten keine Ausfallserscheinungen. In manchen Fällen hat man versucht, den Uterus bei der Totalexstirpation zu erhalten. Viele Gründe sprechen gegen Schonung des Uterus. Der Uterus ist häufig metritisch und perimetritisch verändert, mit der Umgebung verwachsen, auch verursacht er mitunter Stumpfexsudate. Die Ausfallserscheinungen nach Hysterektomie unterscheiden sich wesentlich von denen bei der Kastration. Es fehlen die trophischen Störungen, sie treten bei Frauen an der Grenze des Klimakteriums auf und verlaufen gelinder. Pankow sieht im Uterus ein Organ mit besonderer innerer Sekretion, deren Ausfall die uterinen Ausfallserscheinungen zur Folge hat. Davon zu unterscheiden sind die Moliminia menstrualia, die in Leib- und Rückenschmerzen, Kopfschmerzen, Herzklopfen, Blutandrang bestehen. Es sind

fortdauernde anteoperative Menstruationsbeschwerden. Die Radikaloperation ergibt bei doppelseitiger Pyosalpinx bessere Dauerresultate als die konservativen Operationen. Schauta erzielte eine Dauerheilung von 93,5 p. Ct., die Gesamtmortalität der konservativen Operationen ist nach Kurt Fränkel 4,0 Prozent, bei Radikaloperationen 6,6 Prozent; also kein großer Unterschied. Die operative Behandlung der Genitaltuberkulose wird heute zugunsten der konservativen Therapie sehr eingeschränkt. Bei der Tubargravidität wird der langwierigen konservativen Therapie meist die Operation vorgezogen. Die Frage, ob man bei gynäkologischen Laparotomien den Wurmfortsatz schonen oder mitentfernen soll, ist lebhaft umstritten und in neuerer Zeit mehr beachtet worden. Am häufigsten greift die Adnexentzündung auf den Wurmfortsatz über, selten ist der umgekehrte Weg. Nach den Untersuchungen Beuttners wird der Wurmfortsatz nur dann entfernt, wenn er sich bei der Besichtigung als verändert oder krank erweist. Aus alledem ergibt sich, daß man bei Adnexerkrankungen der verschiedensten Ätiologie zuerst konservativ behandeln soll, um nach dem Versagen aller konservativen Behandlungsmethoden zur Operation zu schreiten, die letzten Endes einzig und allein eine Heilung erzielt.